

善され、およそ半年で全量普通食の摂取が可能となった。食道入口部の狭窄に対してはバルーンブジー訓練を継続していたものの、それだけでは改善が認められなかったが、軟口蓋挙上装置という補綴装置を用いて鼻咽腔を物理的に閉鎖させたことが、本症例の嚥下機能改善に寄与したものと考えられた。

症例のポイント



医療連携により PLP の適応を選択

本症例は、ワレンベルグ症候群による嚥下障害患者に対し、主治医により嚥下機能改善術、さらには喉頭摘出術を受けたにもかかわらず嚥下機能が改善しなかった症例に、口腔内補助装置 (PLP) で対応したケースである。嚥下機能を改善する代表的な口腔内補助装置には、舌の機能を高め嚥下圧を上昇させることを目的とした舌接触補助床 (PAP) や、今回使用した軟口蓋の挙上を補助し嚥下圧を上昇させることを目的とした PLP がある。これらの装置は、適応を選択すれば十分な効果が得られるもので、有効な場合が多い。これらの装置は歯科によって作製されるが、リハを担当する医療機関に必ずしも本装置を作製できる歯科医師がいるとは限らなかつたり、本装置の効果に対する認知が進んでいなかったりするため、現状では、効果が期待できる症例の多くの症例に適応されているとはいえない。口腔内補助装置は、いずれも口腔内からの取り外しが可能で可逆的な対応ともいえ、医療連携のもと積極的な応用が望まれる。

サイドメモ

Sidememo

■ 軟口蓋挙上装置

軟口蓋挙上装置 (Palatal Lift Prosthesis: PLP) は、嚥下や構音の際に必要な、軟口蓋を挙上させ、鼻咽腔を閉鎖させる機能 (鼻咽腔閉鎖機能) を補う口腔内装置のことである。硬口蓋を覆う床と連結部、軟口蓋を後方に挙上するための軟口蓋延長部 (副子) からなる。構音機能を改善する発音補綴装置として、応用される場合が多いが、嚥下機能の改善目的にも期待される。構音時と嚥下時にみられる軟口蓋の挙上様式の相違などから、装着当初に嚥下時に違和感を感じることもある。本装置は、軟口蓋を挙上し、物理的に鼻咽腔を封鎖する意義と軟口蓋を持続的に挙上することが、鼻咽腔閉鎖筋の筋知覚を介して中枢への情報が伝達される結果、反射弓が形成され、鼻咽腔閉鎖運動の賦活化が行われることが期待される。

文献

- 1) 鄭 漢忠：軟口蓋挙上装置 (PLP) による対応。摂食・嚥下リハビリテーション (才藤栄一、向井美恵監修)、第2版、医歯薬出版、2007、pp349-350。
- 2) 浜村康司、西尾順太郎・他：Palatal Lift Prosthesis による鼻咽腔運動の賦活化について。日口外誌 24 (2)：253-260、1978。

I 脳卒中による
嚥下障害

II 脳梗死・低酸素脳
症(けい)の嚥下障害

III 神経筋疾患によ
る嚥下障害

IV 小児の嚥下障害

V がんによる嚥下
障害

VI 歯科・口腔外科疾
患による嚥下障害

VII その他の
嚥下障害

43 舌接触補助床を装着したことにより口腔移送が改善した ALS の症例

西脇恵子 日本歯科大学附属病院言語聴覚室

菊谷 武 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科

01 経過

症例：56 歳，女性。

経過：2003 年 5 月ごろから発話のしにくさを自覚していた。半年ほど経過して，家族から言葉がわかりにくいといわれ，神経内科を受診し，筋萎縮性側索硬化症（ALS）と診断された。その後，構音訓練と摂食嚥下障害に対する訓練を地域の通所リハビリテーション（以下リハ）施設で行っていた。その施設で担当していた言語聴覚士に補綴的対応の適応の可能性を紹介され，当院を受診した。

02 初診時検査所見とゴールの設定

併存疾患：なし。

既往歴：筋萎縮性側索硬化症。

社会的背景：夫，2 人の娘と同居（4 人家族）。

機能障害：舌の運動障害，上肢の筋力低下，歩行障害（ごく軽度）。

ADL：FTM（食事 7，整容 7，清拭 7，更衣 7，トイレ 7，排尿 7，排便 7，移乗いずれも 7，移動いずれも 7，コミュニケーション理解 7，コミュニケーション表出 5，社会的交流 6，問題解決 7，記憶 7）。

問題点：嚥下障害，構音障害。

【嚥下障害の評価】

口腔内所見（図 1）：安静時の舌は全体に萎縮し，線維束攣縮が認められた。前方突出は口唇内にとどまり，左右はどちらも口角まで達せず，挙上をさせると舌尖は前歯の切端にようやく達する程度であった。軟口蓋は両側の弛緩が認められ，/a/ 発声時で挙上範囲が少なかった。

反復唾液飲みテスト：2 回/30 秒（5 秒/18 秒）。

改訂水飲みテスト：3 点（嚥下あり，呼吸変化はないが，むせあるいは湿性嘔声を伴う）。

フードテスト：3 点（嚥下あり，呼吸変化はないが，むせあるいは湿性嘔声や口腔内残留を伴うレベル）（図 2）。

VF 所見（2004 年 5 月）：水溶物の指示嚥下では，口腔内の保持が難しく水分の一部がそのま

図 1 初診時の口腔内



ま咽喉頭に送り込まれ、喉頭挙上前の誤嚥が認められた。反射的なむせはあり、誤嚥物の咯出は可能だった。舌の挙上ならびに後方移動はほとんどみられず、また、軟口蓋の挙上も認められなかった。固形物の嚥下では、特に口腔内の移送時間の延長が認められ、5gの食塊で平均55秒、10回以上の追加嚥下を必要としたが、さらに舌上あるいは口腔前庭に残留が多く認められた。

構音障害：100音節明瞭度は12/100、会話明瞭度は6/9であり、日常会話でも話の内容がわかっていてもわからない言葉が多く、聴き手がかなりの推測を必要とするレベルであった。

QOL：ALSの疾患特異的な主観的QOLの尺度であるALSAQ-40では、運動機能22.5点、ADL0点、摂食機能50点、コミュニケーション機能89.2点、情緒機能90点、トータルスコアは47.5点。

ゴール設定：口腔内の移送の改善および嚥下反射の惹起の改善を目的とした歯科補綴の装置である舌接触補助床（PAP、サイドメモ）の作製と調整を行うことを目標とした。PAPの作製と調整には数回の外来診療が必要だが、本症例は下肢の運動障害がそれほど顕著でなく、数回の外来通院は可能であるとのことだった。

外来でのリハアプローチと経過

口腔内移送を改善するために、舌後方の口蓋との接触が必要で、その部分に厚みをもたせた床を作製した（図3）。患者の問題および主訴が、摂食・嚥下障害と構音障害の両面にわたってあったことから、床の厚みの決定は摂食・嚥下・構音能力の評価に基づいて行った。

図2 初診時フードテスト（粥）

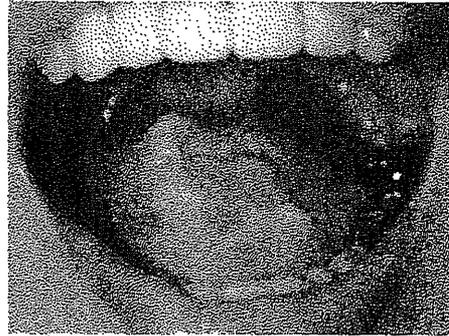
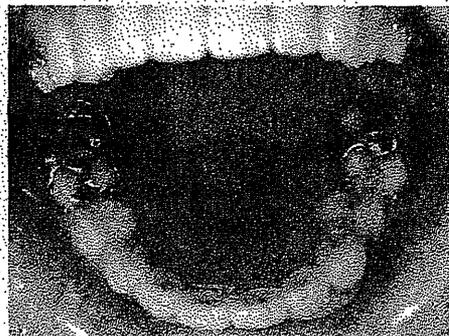


図3 作成したPAP



04 帰結

【嚥下障害の評価】

口腔内所見：6カ月の経過で、舌ならびに軟口蓋の動きに顕著な低下は認めなかった。

反復唾液飲みテスト：3回/30秒（5秒/12秒/23秒）。

改訂水飲みテスト：4点（嚥下あり、呼吸変化なし、むせ・湿性嗝声なし）。

フードテスト：4点（嚥下あり、呼吸変化なし、むせ・湿性嗝声なし、追加嚥下で口腔内残留は消失）（図4）。

VF所見（2004年11月）：水溶物の指示嚥下では、早期咽喉頭流入が少なくなり、喉頭挙上期の

I

脳卒中による
嚥下障害

II

脳梗塞・低酸素脳
症による嚥下障害

III

神経筋疾患による
嚥下障害

IV

小児の嚥下障害

V

がんによる嚥下
障害

VI

歯科・口腔外科疾
患による嚥下障害

VII

その他の
嚥下障害

誤嚥が減少した。舌がPAPに接触する様子が観察され、食塊が梨状陥凹に達した後3秒以内に嚥下反射が惹起される回数が増えた。また、固形物5gの嚥下で口腔内の移送時間が平均35秒と改善し、口腔内の残留も減少した。

構音障害：舌-口蓋音である /k/, /g/ が聴取されるようになり、100音節明瞭度は35/100で会話明瞭度は4/9と改善し、家族内では聞き返しが少なくなった。

QOL：ALSAQ-40では、運動機能、ADLは得点上の変化がなかったが、摂食機能は41.5点、コミュニケーション機能は71.4点、情緒機能80点、トータルスコアは43.8点と減少しており、主観的なQOLは改善したといえる。

図4 PAP 装着後フードテスト（粥）



05 症例のポイント

PAPの適応

ALSの摂食・嚥下障害に対するリハは、進行にしたがって低下していく症状に対応した食形態の調整や食事時の代償手段の指導などを中心に行われてきた。しかし、特に初期の症例に対しては、本症例のようなPAPによる能力の補完を行うことが可能である。さらに、PAPを扱うためには上肢、特に手指の運動障害がないことが前提となること、装置の作製と調節に数回の外来通院が必要であることなどから、上・下肢に初発症状を示すタイプではなく、球麻痺発症型のALSであれば、補綴装置による対応が患者の能力を十分維持させ、QOLの向上に役立つことが示され、今後歯科的な補助手段の活用が広がることが望まれる。

サイドメモ

Sidememo

舌接触補助床

舌接触補助床（palatal augmentative prothesis：PAP）は、舌の運動不全がある患者に対する歯科的補綴装置のひとつで、舌が接触できない口蓋の部位に厚みをもたらすことで舌が口蓋に接触することを補助し、嚥下障害や構音障害の代償手段となる。パラトグラムや超音波診断装置などを使って舌と口蓋の接触状態を測定し、厚みの場所と程度を決定する。このように、PAPは嚥下障害にも構音障害にも対応できるが嚥下の動作と構音の動作は異なるため、ひとつの装置でどちらも対応できない場合もある。構音障害の場合はどの音を対象音とするかによってどの部位の厚みをもたらすかが全く異なる。

文献

- 1) Jenkinson C, Levvy G et al : The amyotrophic lateral sclerosis assessment questionnaire(ALSAQ-40): tests of data quality, score reliability and response rate in a survey of patients. *J Neuro Sci* 180 : 94-100, 2000.
- 2) 望月 眞：筋萎縮性側索硬化症. 総合リハ 33 (8) : 721-726, 2005.

65歳以上の患者への インプラント 治療・管理ガイド

要介護になっても対応できるために

編著

窪木 拓男

菊谷 武



HYORON

1

高齢者におけるインプラント治療を考える

くぼきたくお¹ おおのあや² そのやまわたる³ あらかわひかる⁴
窪木拓男¹ 大野彩² 園山 亘³ 荒川 光⁴

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 インプラント再生補綴学分野

1 教授 2 助教 3 臨床講師 4 臨床准教授

〒700-8525 岡山市北区鹿田町2-5-1

I 超高齢社会におけるインプラント治療の現状と不安

日本は超高齢社会に突入した。歯の欠損が年齢とともに増加することを考えると、インプラント治療を受ける高齢者は必然的に増加することは間違いない。事実、2011年の歯科疾患実態調査によれば、65歳以上の3.1%にインプラント治療が実施されているという。

過去約10年間にわれわれの診療科でインプラント治療を受けた患者総数を年度ごとに示すと、2005年度から2009年度にかけてインプラント患者は右肩上がりに増加し、その後はやや減少傾向である(図1)。これらの患者の埋入手術時年齢をプロットすると、多くは50～60歳代で埋入手術を受けていることがわかる(図2)。今はまだ、“介護現場にインプラント患者が多数存在するとは思えない”歯科医師の方がおられるかもしれないが、このグラフを10年右方向へ移動した状況を想定してみたい。埋入

患者数のピークを迎えた2009年にインプラント治療を受けた50～60歳代の患者は、2024年には70歳代になっている。これらの患者が後期高齢者に突入し、在宅介護現場にインプラント治療を受けた患者が多数見受けられるようになる日は、遠くない将来に必ずやって来る。

一方、まだそれほど多くはないはずであるが、インプラント患者を介護現場に迎える介護支援者の反応はすでに不安に満ちている。すなわち、

- ① インプラントの人工歯根を撤去せずにいても、その患者の生命予後を悪化させるリスク因子にならないか。
 - ② 脳梗塞や認知症、パーキンソン病などの患者において、手遅れになると咀嚼筋の拘縮などにより、インプラント義歯を簡単には撤去できない事例を経験する。
 - ③ 口腔内にインプラント義歯が使用されているかどうかを判断し、それを撤去できる歯科医師が介護現場に少ない。
- などを代表に、数々の不安や問題が山積している。

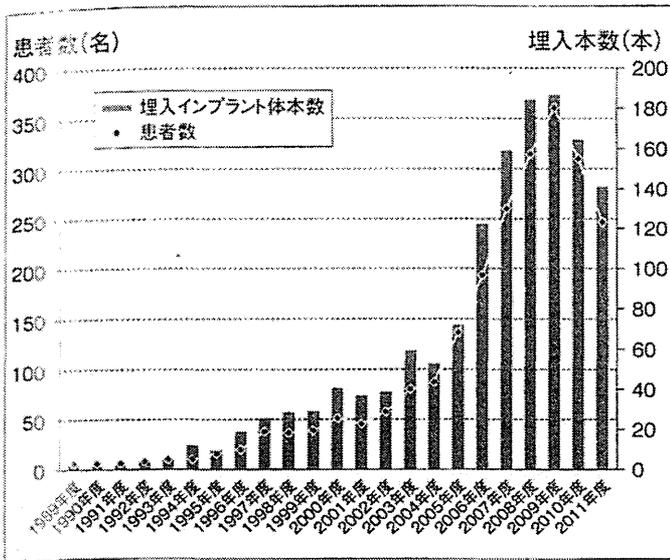


図1 岡山大学病院クラウンブリッジ補綴科にて口腔インプラント治療を受けた患者数と埋入インプラント体本数の年度別推移。最近は減少傾向にある。

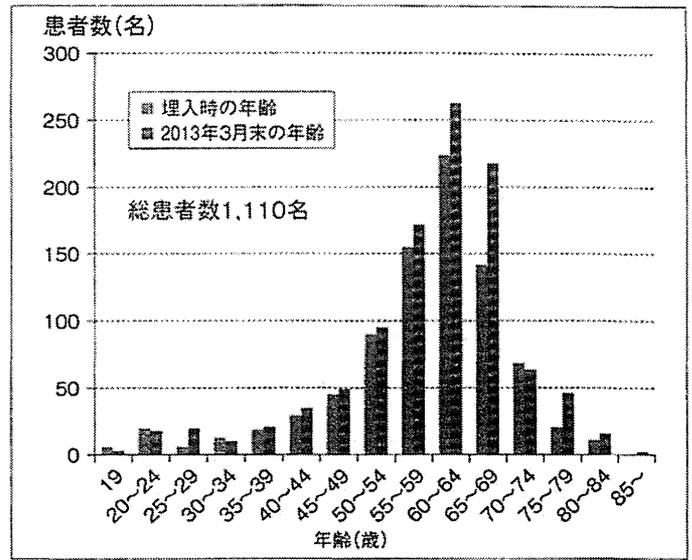


図2 2009年～2013年（過去5年間）のインプラント体埋入患者の年齢構成とその変化。青は過去5年間にインプラントを埋入した1,110名の埋入時年齢分布、赤はこれらの患者の2013年3月末時点での年齢分布を示す。

本稿では、インプラント治療が健康寿命の延伸や生活の質を支える点で本当に役に立っているのかという検証からスタートし、介護現場における不安や問題をふまえた対応について考えてみたい。

Ⅱ 高齢者におけるインプラント治療の効果

高齢者の健康寿命を延伸し、生活の質を高めることは、大きな社会目標であることに疑いはない。すなわち、寿命が長くなっても、苦しみの期間が増すばかりでは良い人生とは言えないし、それを支える社会の負担も増える。近年、歯の欠損は徐々に減少し、多数の歯を持った高齢者が増えていることは、ある意味この目的にかなっている。一方、患者によっては、従来型の有床義歯では快適性や咀嚼能率などに十分な満足を得られない場合もある。インプラント義歯は従来型の有床義歯に満足できない患者

を救うものとして期待され、応用されたのである。

健康な高齢者における下顎欠損補綴治療では、2本のインプラント体に支持を求める下顎のインプラントオーバーデンチャー（IOD）が口腔関連の Quality of Life や患者満足度、咀嚼能力において総義歯より有利であることは知られている¹⁻⁴⁾。Hamdanらは、65歳以上の自立高齢者で下顎のIODを使用しているものは総義歯を使用しているものに比べてQOLは有意に高かったが、繊維質やタンパク質、糖質、脂肪、必須微量栄養素やカロリー摂取量に有意な差はみられなかった、と述べている⁵⁾。また、Müllerらは、要介護高齢者を含む75歳以上の患者（平均年齢84～85歳）においても、下顎のIODは総義歯に比べて患者満足度が高かった、と述べている。一方、Body Mass Index (BMI) や包括的栄養評価、血液マーカーによる栄養評価（アルブミン値、ビタミンA、B、C、D群、葉酸値など）については、下顎IODと総義歯の両者とも

装着後1年で低下するものの、IODのほうが低下量は少ないという⁶⁾。

最近注目を集めているインプラントアシステッドパーシャルデンチャー (IA-RPD) についても有効性が報告されている。Gonçalvesらは、下顎両側遊離端欠損にRPDを使用した場合と、IA-RPDまたはインプラント支持の固定性ブリッジ (IFPD) を使用した場合とで、最大咬合力、咀嚼効率、咬筋および側頭筋の厚みを比較した。その結果、IA-RPDおよびIFPDは、RPDに比べて有意に咀嚼力を改善し、さらに咬筋の厚みも増加させた⁷⁾。

総じて、全身的に健康な自立高齢者において、インプラントで支持された有床義歯 (IOD および IA-RPD) は、従来の有床義歯と比較して生活の質を高める能力や咀嚼機能の回復力において優れていると言える。この能力は、特に従来型の義歯が効果を示さない場合において、より効果的である。しかし上顎に関しては、嚥下反射や違和感が強い症例、下顎前歯が残存しているすれ違い咬合のような特別な症例を除いて、総義歯に比べてIODが有利であるという明確な根拠はない。これは、上顎の全部床義歯が高齢者にとって比較的受け入れられやすい治療オプションだからであろう。

一方、認知症の中期から末期にかけては、どのような義歯であっても使用が難しいことが知られている。インプラント義歯によりQOLが向上したのは全身的に健康なものであって、認知症患者においてインプラント義歯が有利であるという証拠はない、ということに注意を払わなくてはならない。もちろん、認知症患者においては問診票などのツールによってQOLを測定することができない、という側面もある。介護負担度や栄養をアウトカムとした研究が今後は必要である、と言えるかもしれない。しかし、その有効性だけを考えても、患者のライフス

テージや認知症の病期においてインプラントの適用を区別して考える必要があることは明白である。

Ⅲ インプラントは患者の生命予後を悪化させるリスク因子にならないか？

インプラント治療の最も大きな心配事として考えられるのは、それ自体が感染源となる可能性である。そのリスクは、特に高齢者が有病化・要介護化した場合に深刻な問題を引き起こすことになるかもしれない。しかし、この心配はインプラントに限った問題ではない、とも言える。要介護現場においては、残存歯を健康に維持することはインプラントを害なく維持するよりも難しいからである。

さて、インプラント治療を受けた患者が要介護状態になった場合、どのような問題が生じるであろうか。この問いに答える臨床エビデンスは本当に少ない。われわれは、岡山大学病院クラウンブリッジ補綴科で過去20年間にインプラント治療を受けた現在年齢65歳以上の全高齢者のうち、何らかの原因でリコールに来院していない61名の追跡調査を行った。このうち健康問題を理由に来院していなかった10名 (平均年齢79.5歳、男性6名、女性4名) については、3名が死亡し、7名が生存していた。7名のうち1名は、アルツハイマー型認知症に加えて脳梗塞後に右側片麻痺および高次脳機能障害を合併しセルフケアが困難となっていたが、インプラント体周囲には著明な骨吸収もなく機能していた。2名 (82歳・83歳、男性) は、上部構造の前装部が破折していたが、インプラント体には問題がなかった。また、1名 (82歳、男性) は、インプラント体周囲の骨吸収が著しく、動揺はないもののスレッドが大きく露出していた。一方、悪性腫瘍の既往歴を有する

1名(82歳,女性)は,インプラント体が脱落していた。残りの2名においては,何らかの理由で口腔内検診ができなかった。これらの患者は何らかの口腔ケアを受けてはいたものの,プラークコントロールは悪く,Plaque control recordは平均72%であった。

同様に,インプラントを有する要介護高齢者の口腔内状態に関する海外の報告では,清掃状態は良好とは言えないものの,致命的な炎症拡大やインプラント体の脱離を認めたものは少ない,との結論であった⁸⁾。スウェーデンでは,多くの全身疾患のクリニカルパスに日常的ならびに専門的な口腔ケアが機能していることにより,介護現場におけるインプラント義歯のトラブルは比較的少ないとされており,わが国も参考にすべきと考える(148~150頁,コラム参照)。また,あまりにインプラント義歯のリスクを強調し,高齢者のより良い人生を送るための人権を侵害することがあってはならない,とも言える。

インプラント周囲炎に関して少し述べておこう。表面性状が粗いインプラント体ではインプラント周囲炎になった場合の対応が比較的難しいことが知られているが,最近では粗い表面性状の清掃方法が多数考案されてきているので,その問題も徐々に解決されつつある。介護者には,インプラントは撤去しにくいものとの意識があるかもしれないが,最近では浸潤麻酔さえできれば上顎に埋入したインプラント体は簡単に撤去可能となっている。下顎のインプラントについても,上部皮質骨がインプラント周囲炎により吸収している場合は,容易に撤去可能である。もちろん,脳梗塞などにより咀嚼筋の拘縮が起これば,咬合高径が短縮された状態で開口が困難な場合には,麻酔も難しいし,撤去も難しい。回復期を過ぎす後方支援病院で撤去するのもよいが,むしろ

リハビリに取り組みながら,上部構造を撤去して,オーバーデンチャーの維持・支持に利用するのもよい。

以上をまとめると,高齢者のインプラント治療に関してはまだまだ臨床エビデンスの集積が不足しているが,埋入されたインプラント体により生命を脅かすようなトラブルが生じるという事例は,病床や在宅介護現場においてそれほど多くはなさそうである。それよりも,上部構造の撤去が難しいため対照に外傷を引き起こすなどの上部構造のトラブルには注意が必要であろう。これは介護者の不安の一つでもある。そのためにも,介護現場におけるインプラント義歯のリスクを適切に伝達し,通院が難しくなったインプラント患者に対しては,介護者に十分な情報提供を行い,適切なタイミングで対応を行うシステム作りが必要になる。

IV 脳梗塞や認知症,パーキンソン病などの患者は,インプラント義歯の禁忌症とすべきか?

インプラント義歯を患者に適用する際に徹底的に考慮すべきことは,施術時の絶対的および相対的な禁忌症を見極めたうえで,患者の全身状態や口腔内状態の将来見通し(ある意味,人生計画)を深く練ることであろう。一般的には,絶対的な禁忌症には外科的なリスクが高いものが該当するが,脳血管障害の維持期,がん患者の化学療法や放射線療法後,また認知症やパーキンソン病などの進行性の疾患においては,レベルは違えども禁忌症として十分な考慮が必要である。目の前の患者を認知症と知りながら,家族に十分な説明をせずにインプラント治療を強く勧めるようなことがあってはならないし,外科的なリスクが高いという意識を持つだけでなく,口

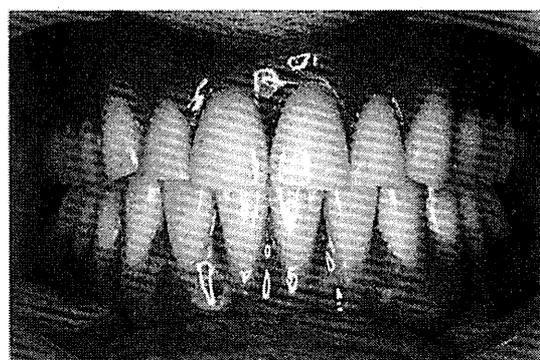
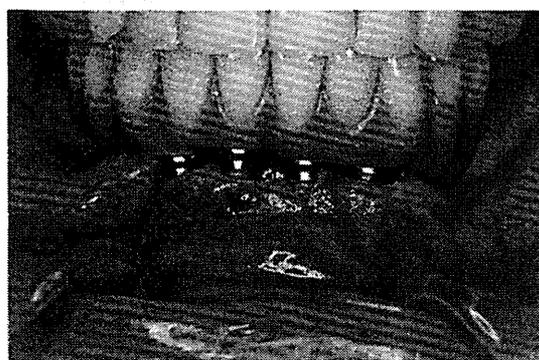
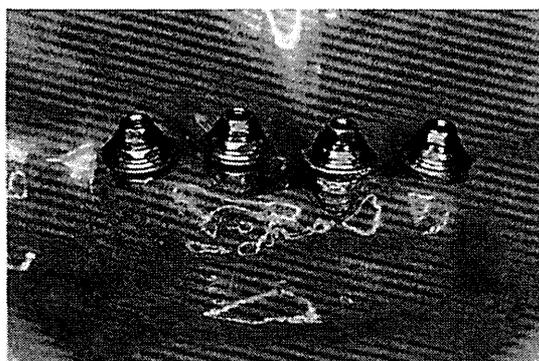
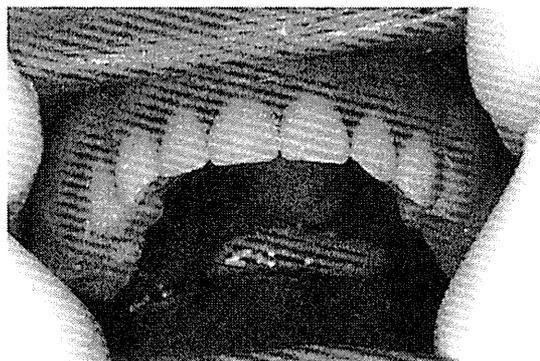
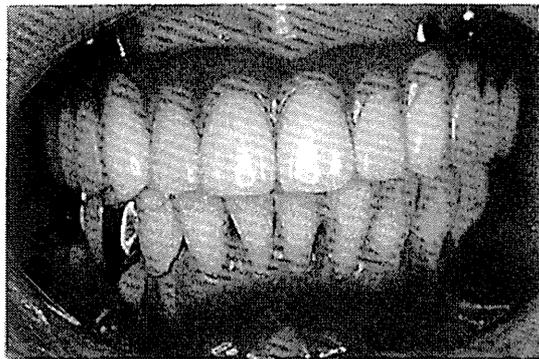


図3 適切なタイミングで、シンプル、かつ可撤式の上部構造に変更を。
 上段のケースは、スクリュー固定の上部構造を撤去し、インプラント体にヒーリングアバットメントを装着し、
 上顎総義歯タイプのインプラントオーバーデンチャーに改変した例。
 下段のケースは、インプラント周囲炎に罹患した中央の2本のインプラント体を、埋入間隔が狭いこともあり、
 抜去してドルダーバーを装着、バーアタッチメントで支持・維持されたオーバーデンチャーデザインに改変した
 例（当科・中島 隆先生のご厚意による）。

腔内を複雑にして長期的に口腔ケアがしにくい環境を作らないか、という視点に立った認識が必要であろう。残念なのは、インプラント治療を行う歯科医師が外来患者を主に治療しており、これらの疾患のベッドサイドに付き添う経験が少なく、それらの疾患の自然経過にさえも十分な認識がないことである。今後、歯学教育が根本から変わり、周術期管理や在宅介護に習熟した歯科医師を育てることによって、本当の意味で医療や生活に役立つ歯科医療を構築していかななくてはならない。

特に、認知症の中でも頻度の高いアルツハイマー型認知症に関しては、進行性の疾患としての認識が大変重要である。本書座談会（153～175頁）の議論に詳しいが、認知症に罹患したと判明したら、歯科を受診する運動を勧めたい。そして、ある意味、大切な猶予期間である軽度の間に、歯科として何らかの対応をすべきである。具体的には、患者自身による口腔内清掃が難しくなることを想定して、家族や介護者が口腔ケアを行いやすいシンプルな口腔内状況を与えることである。たとえば、メンテナンスの容易さから、合着タイプの上部構造よりもスクリュー固定の上部構造が好まれるようになってきたが、患者が認知症に罹患したということがはっきりした時点で、タイミングを図りながらオーバーデンチャーデザインに上部構造を変更することも大変意義がある（図3）。そのためにもインプラント体は、アバットメント構造を必要に応じて撤去したり、交換できる2ピースのものを選択すべきであろう。また、免疫抑制作用があるステロイド剤の服用、抗がん剤や放射線療法、さらには抗サイトカイン療法など誤嚥性肺炎のリスクを上昇させる療法を受けるなどの医療環境が生じた際には、このような義歯の設計改変に加えて専門的な口腔ケアを定期的に行うなど、戦略的な対策が必要になろう。

また、介護現場において、摂食機能や嚥下機能が低下してきた際に、舌接触補助床を付与するなど舌の機能低下をサポートするような変更も行う必要が出てくる。このような場合には、健常者のような審美性を重視した高い咬合高径を与えるよりも、口蓋に舌圧が加わりやすい低い咬合高径がよいことも多い。こういった機能的な義歯の改変が行いやすいのも、オーバーデンチャーデザインのメリットである。

V インプラント義歯の情報を医療関係者に伝達すべき！

われわれの外来でも、またわれわれが関与している介護現場でも、患者自身、ましてや介護者は、驚くほど患者の口腔内状況を知らない。転医や施設への入所、寝たきり、術者側の高齢化による閉院などの理由で、将来的に施術歯科医師以外の手で、前述のような上部構造の改変やインプラントの撤去を行わざるを得ない場合も十分に考え得る。そうなった際には、使用インプラントシステムや補綴方法の情報伝達が不可欠となる。

この点については、患者に情報提供を行う様式を準備しているインプラントメーカーもあるが、日本口腔インプラント学会や日本顎顔面インプラント学会でも統一フォーマットを提供する動きがある。ただし、基本的に紙ベースのアナログデータであることから情報の喪失リスクは否めない。これを回避するには、個人情報管理に十分に配慮しつつ、有資格者が自由にアクセスできるような統一電子データベースを構築することも一案かもしれない。本件は座談会で詳しく述べられているので参照していただきたい。

まとめ

ここまで、インプラント治療の実態をふまえ、高齢者に対してインプラント治療を行う際、またインプラント治療を受けた患者が病棟や要介護現場に入った場合に配慮すべきポイントを紹介した。全身的に健康な自立高齢者においてインプラントの臨床的インパクトは大きく、インプラント治療が残したものは歯科の不良債権であるとは決して思わないが、その適用とその後の対応には医療人としての最大限の責任を持つべきであろう。また、埋入を行った歯科医師は、そのインプラント体が患者の生涯にわたって有益に機能し、在宅介護現場で無用の長物どころか害にしかならないといった顛末に決してならないよう、そのトレーサビリティと連携には注意を払う必要がある。

文 献

- 1) Awad MA, Locker D, Korner-Bitensky N, Feine JS : Measuring the effect of intra-oral implant rehabilitation on health-related quality of life in a randomized controlled clinical trial. *J Dent Res*, 79 : 1659-1663, 2000.
- 2) Muller F, Hernandez M, Grutter L, Aracil-Kessler L, Weingart D, Schimmel M : Masseter muscle thickness, chewing efficiency and bite force in edentulous patients with fixed and removable implant-supported prostheses: a cross-sectional multicenter study. *Clin Oral Implants Res*, 23 : 144-150, 2012.
- 3) Walton JN, MacEntee MI : Choosing or refusing oral implants: a prospective study of edentulous volunteers for a clinical trial. *Int J Prosthodont*, 18 : 483-488, 2005.
- 4) Awad MA, Locker D, Korner-Bitensky N, Feine J : Measuring the effect of intra-oral implant rehabilitation on health-related quality of life in a randomized controlled clinical trial. *J Dent Res*, 79 : 1659-1663, 2000.
- 5) Hamdan NM, Gray-Donald K, Awad MA, Johnson-Down L, Wollin S, Feine JS : Do implant overdentures improve dietary intake? A randomized clinical trial. *J Dent Res*, 92 : 146-153, 2013.
- 6) Müller F, Duvernay E, Loup A, Vazquez L, Herrmann FR, Schimmel M : Implant-supported mandibular overdentures in very old adults: a randomized controlled trial. *J Dent Res*, 92 : 154-160, 2013.
- 7) Gonçalves TM, Campos CH, Gonçalves GM, de Moraes M, Rodrigues Garcia RC : Mastication improvement after partial implant-supported prosthesis use. *J Dent Res*, 92 : 189-194, 2013.
- 8) Isaksson R, Becktor JP, Brown A, Laurizohn C, Isaksson S : Oral health and oral implant status in edentulous patients with implant-supported dental prostheses who are receiving long-term nursing care. *Gerodontology*, 26 (4) : 245-249, 2009.
- 9) 荒川 光, 黒崎陽子, 窪木拓男 : 要介護状態を見据えた高齢者への口腔インプラント治療の適否——現存する臨床研究データからこれからの課題を探る. *日本歯科評論*, 74 (6) : 129-136, 2014.

*

*

*

1

インプラントが埋入されていても 噛めなくなるときが来る

きくたに たけし
菊谷 武

日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック
院長

〒184-0011 東京都小金井市東町4-44-19

患者には、生まれてから終末期を迎えるまでの長い人生の中でいくつかのステージが存在する。①機能獲得途上のステージ、②成熟した機能を持ったステージ、③何らかの疾患によって急激に機能を失った急性期のステージ、④疾患の回復期のステージ、⑤機能回復がプラトー（停滞期）に達した維持期のステージ、そして、⑥終末期のステージである。これまで歯科医師は、患者の口腔内の状態のみにとらわれるあまり、これらのステージを考慮に入れた治療計画を意識してこなかった。残念ながら高齢者介護の現場において、このステージを無視した治療方針の提案がなされていることにしばしば遭遇する。介護の現場からみた歯科への疑問符は、何によってもたらされているのであろうか？

I 患者はなぜ噛めなくなるのか？

患者の噛めなくなる原因（すなわち咀嚼障害の原因）は、器質性の原因と運動障害性の原因に分けることができる。

器質性咀嚼障害とは、歯をはじめとする咀嚼器官の欠損によって起こる咀嚼障害である。一方、避けて通ることができない生理的老化により運動機能は低下を示す。さらには、依然として日本人の死亡原因の上位を占める脳卒中やパーキンソン病などの神経・筋疾患、そして、アルツハイマー病をはじめとする認知症を示す疾患の多くが、著しい運動機能の低下を伴う。当然、これらの運動機能の障害は口腔にも及び、咀嚼障害を引き起こす。いわば、運動障害性咀嚼障害とされるものである。

これまでの歯科医療は、齲蝕や歯周病による歯の喪失を予防し、不幸にして歯質の欠損や歯の喪失が生じたときには保存治療や補綴治療で対応するといった、いわば「器質性咀嚼障害の対策」を行ってきたといってもよいであろう。もちろん、質の高いこれらの治療は、器質性咀嚼障害の回復に寄与することになる。

一方、運動障害性咀嚼障害と言われるものは、舌などの咀嚼器官の運動障害による咀嚼障害であり、国民の疾病構造の変化や救急医療の普及により障害

を持ちながらも生活する人々が増えることから、今後も増加することが予想される。診断と治療には、これら咀嚼器官の運動障害の評価が必要になり、運動障害への対応が迫られることになる。さらには、この運動障害を呈する疾患は、脳血管疾患によるもののように、ある程度の回復が可能なものから、神経・筋疾患によるもののように、運動障害の程度が徐々に悪化し回復が困難であるものもある。われわれは、これらの疾患の特性をよく理解し、対応していかなければならない(図1)。

II 今どのステージにあるのか?

前述のように、患者には各種のステージが存在する。このうち、③の「急性期のステージ」においては、歯科のニーズは口腔ケアや疼痛管理が主体となるだろう。たとえ歯の欠損や齲蝕などの歯科疾患があったとしても、これらの治療は回復期を待って治療を行うべきである。

疾患が治癒に向かいつつある時期である④の「回復期のステージ」においては、多くは治療的介入となる。もし咬合支持を失ったまま放置されているのであれば、積極的な義歯作製などの補綴的介入を行う。そのために必要な歯周治療や齲蝕治療などは、可能な限り行うことになる。このステージにおいては、歯科治療の積極的な介入による咬合支持の回復こそが外来・訪問のいずれにおいても、口腔機能の向上、ひいては介護状態に陥ることを予防する絶対必要条件となる。

一方、病状が安定し再獲得した機能をできるだけ長く維持することが目的のステージである⑤「維持期のステージ」や、病状が不可逆的で、病状の好転や進行の阻止が困難である⑥「終末期のステージ」では、運動障害が咀嚼障害の原因となるような場合

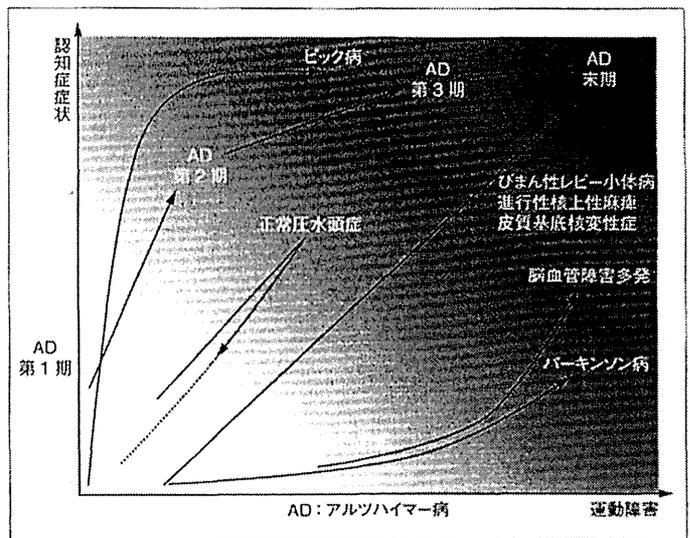


図1 認知症を早める各疾患の認知症症状と運動障害の経過イメージ¹⁾。認知症を有する多くの疾患は運動障害を伴う。認知症というと中核症状である認知障害やBPSD(行動・心理症状)に注目が集まるが、歯科診療のプランを立てるためには運動障害にも注目しなければならない。なぜならば、認知症を有する疾患の多くはその進行過程に伴い運動障害を呈する場合が多く、さらにはその過程はそれぞれ異なることが知られている。アルツハイマー病の場合、第2期(中期)より生じる。

が増え、義歯作製などの治療的アプローチは無効であることが多い。その際の患者の管理には、咀嚼・嚥下器官の機能改善を目指すよりも、いまある機能を最大限に活かす環境設定に重点を置くことになる。咀嚼障害は回復困難であるため、咀嚼機能回復を唯一の目標にするのではなく、「噛めない人を噛めるように」といった治療的アプローチから、「噛めない人には噛まなくてもよい食事を」といった代償的なアプローチが必要となる(図2)。

III 今後どのステージに向かおうとしているのか?

目の前の患者が今後、どのステージに向かおうとしているかを見極める必要がある。脳の変性疾患であるパーキンソン病や脊髄小脳変性症のような進行を余儀なくされる疾患においては、全身機能の低下

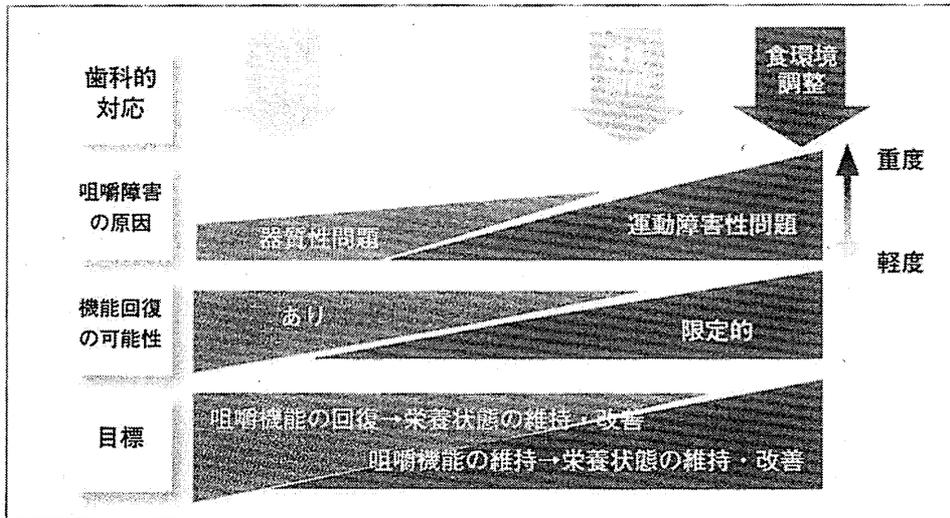


図2 健康な高齢者の咀嚼障害の原因は歯の欠損や義歯の不適合といった「器質性」の問題が多くを占める。そのため、改善への戦略は義歯作製などの咬合回復となり、回復の可能性は大きい。一方、加齢とともに生じる生理的運動機能の低下や発症率の高まるさまざまな運動障害を伴う疾患によって生じる咀嚼障害は「運動障害性咀嚼障害」と呼ぶ。器質性の咀嚼障害に比べてその重症度は高く、回復困難な症例も多く含まれる。改善への戦略は、咬合回復とともに、運動機能の改善を目指した訓練が重要となり、重度で回復困難な運動障害性咀嚼障害に対しては食環境の調整で対応する。

の一症状として、口腔機能の低下が著しくなる。どの時期にどの程度の機能低下に見舞われるかの推測は簡単ではないが、回復機能にある疾患とは治療目標が自ずと異なってくる。来るべき機能低下の時期に備えて、口腔内を整備する必要が生じる。たとえば、家族や介護職でもケアが可能な補綴物の選択、保存することの予知性が十分に立てられない患歯や、疼痛の原因になる可能性のある患歯に対しては抜歯を選択し、欠損部に対する迅速な補綴物の作製を選択する必要がある。

また、現状から次のステージに移行すると治療の場が変わるという可能性も考慮しなければならない。外来通院が可能なステージにおいては精度の高い治療が可能である一方、次のステージにおいては、歯科診療を枕元で行わなければならない可能性がある。訪問診療における歯科治療では、治療精度の低下は余儀なく、対症療法を中心に行わなければならない可能性が高い。現在外来診療で行っている

歯科診療が、この患者にとって歯科診療室で行うことができる最後の歯科治療である可能性もあることを考慮し、治療プランの立案を行うことになる。

IV 栄養改善を歯科医療の目標としてみえてくる歯科の取り組み

私たちが行う咀嚼障害患者に対する歯科医療の目標は、何に設定すべきであろうか。「咀嚼機能を回復して、健康長寿を実現する」と言いたいところである。しかし、上記のように咀嚼障害の原因が器質性の問題から運動障害性の問題に切り替わってきた際に、インプラント治療も含めた補綴治療を中心とした咬合支持の維持、適正な義歯の提供により咬合支持を回復すること自体が、咀嚼機能の改善や維持の根拠になりづらくなる。すなわち、上記の目標達成は困難となる。ここで、歯科医療の目的を「栄養改善」に設定するとどうであろうか？ 私たちの

目標が栄養改善となれば、必ずしも固い物や繊維性の強い物を咀嚼させる必要がないことに気づく。

一般に、摂取食品の多様性は栄養状態に影響を与えるが、調理の工夫などで多様な食品を軟らかく、まとまりのある食形態にすることができれば、口腔に求められる最低の機能は若干の食塊形成能と咽頭への送り込み能力となる。さらに、義歯の使用が何らかの理由で困難な場合には、口腔の機能の評価から、舌と口蓋間との押しつぶしが可能か、歯槽堤間のすりつぶしが可能なのかによって、食形態の提案は異なってくることになる。前者であれば、形はあるが押しつぶしが可能な物、後者の場合は箸やスプーンで切れる程度の軟らかさの物が推奨される。

このように、義歯の使用状態をも踏まえ、咀嚼に関わる運動機能を評価したうえで適切な食形態を選択することにより、食事量を確保し、栄養改善につながることを目標としていくことになる。たとえ今後咀嚼機能の低下が予測されても、栄養状態を維持することで健康長寿を実現するのである。このアプローチは、十分な栄養を安全に摂ることにつながり、窒息予防、栄養改善の効果は大きい。

V 介護の現場で出会った歯科への 疑問符症例

症例1：アルツハイマー型認知症患者。78歳、女性。

一人暮らしで、認知症のため成年後見人がつき、介護支援専門員とともに日常の生活支援を行っている。認知症が比較的初期の段階であるため、日常生活における判断などでも自分の意見を伝えることができる。上顎は無歯顎、下顎は両側の臼歯部欠損。

義歯の不適合を主訴に近医を受診したところ、インプラントによる補綴治療を勧められ、診療費の提示を受けた。患者が契約書にサインをしたところで

介護支援専門員の目にとまり、筆者に相談があった。介護支援専門員同席のうえで、改めて病状の説明や契約内容の確認をするように勧める。その後、契約は中止となった。治療内容を提示した歯科医師は、患者が認知症であることは理解していたが、比較的短期に口腔ケアの自立が困難になるであろうこと、それとともに口腔の運動障害が生じてくることに対する知識がなかった。

症例2：パーキンソン病患者。82歳、女性。

Hoehn-Yahrの重症度分類4度（重篤な機能障害。起立や歩行など日常生活動作の低下が著しい。自力での生活は困難となる）で、有料老人ホームに入居している。

上下ともに無歯顎で、普段はペースト食を提供されているが、常食摂取の希望が強く、近隣歯科医院を受診した。インプラント義歯の提示を受け、「咀嚼が可能になるならばと家族も同意したが、ホーム職員を通じて筆者に相談があった。咀嚼障害の原因はパーキンソン病による運動障害であること、義歯を口腔内に維持できるようにインプラント治療を行っても、咀嚼できるようにはならないことを伝えた。その後、歯科医院に断りの連絡を入れた。

*

高齢者の全身状態は否応なしに変化する。一方で歯科医療担当者には、ともすると「身体は寝たきりでも口は達者で20歳」を目指すといった風潮がある。患者の置かれたステージを無視した治療方針の提示や治療行為は、インプラント関連であればその治療費が高額であるだけに社会の目は厳しい。口腔機能は全身機能の一つであると捉え、包括的な取り組みが必要となる。

参考文献

- 1) 伊佐地 隆：認知症(痴呆)のリハビリテーション医学的評価。MB Med Reha. 54: 30-40. 2005.

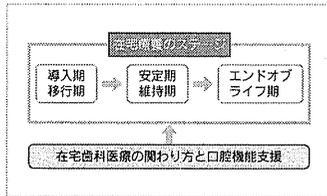


図1 在宅療養のステージと在宅歯科医療の関わり
在宅療養のステージに沿ったステージアプローチとして、在宅歯科医療、口腔機能支援を考える必要がある。

入など生活の場における療養が始まる導入・移行期、療養生活を支える介護サービスなどを利用しながら安定した療養生活を送る維持期、そしてエンドオブライフ期がある(図1)。関わる対象者がどのステージであるかを理解することが大切である。

正確な予後予測は在宅医でも困難な面があるが、一般的に、終末期にたどる軌道はがん疾患と非がん疾患では異なるので、疾患による身体の機能低下の軌道特性を理解しておくことが大切である(図2)。

在宅医や訪問看護師などとの連携を強化し、医療・ケアチームの中で、歯科としてのステージアプローチを考えながら、その場で結果を出せる支援が必要である。

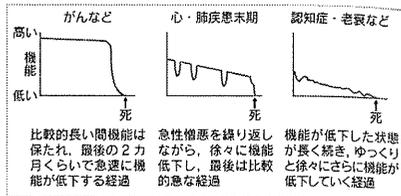


図2 終末期の軌道(文献⁴²⁾より)
口腔機能支援においても、がん、非がんの終末期の軌道を理解しておくことが大切である。

エンドオブライフ期の患者の口腔領域の問題や苦痛、精神面への対応と臨床倫理的配慮

エンドオブライフ期では、口腔内乾燥や口腔粘膜炎による不快感、疼痛や口臭増加などがあり、義歯装着が困難になることも多い。必要に応じて、低侵襲な歯科治療とともに、安楽で爽快感を得られるような口腔のケアを目指したい。

エンドオブライフ期を迎えた患者、家族は、戸惑い、迷い、揺れ動く。患者、家族への精神的な支援も考慮し、患者と家族の心の葛藤までも丸ごと受け入れることが必要となる。症状緩和だけでなく、選択肢のある具体的な口腔機能支援方法について提示することが大切である。患者がエンドオブライフ期を迎え、意思疎通が困難となった場合、必要な医療やケアについての意思決定のプロセスが重要であり^{42, 43)}、歯科治療や口腔のケアについても、臨床倫理的な配慮が必要である。そのうえで、歯科専門職が口腔機能の終末期リハビリテーション(全人的復権)の視点を持ち、口腔のケアと食の支援を最期まで提供することが必要である。

エンドオブライフ期の口腔機能支援は、最期まで、患者と家族に寄り添う歯科医療と口腔のケアを提供し、口腔機能の維持と食への支援を通じ、患者、家族の「人生物語」の最期を支え、そのときまで「よりよく生きる」ことを支える支援である。



エンドオブライフ期における口腔機能支援が、人生最期のときにも重要であることに基づき、最期まで「よりよく生きるため」の患者、家族への継続した支援であることを理解することが大切である。



2 急性期から慢性期への連携

Summary

急性期では救命や手術などによる原疾患の治療が最優先されるため、口腔機能管理は後回しにされがちである。しかし、廃用などによって口腔機能が低下すると、QOLが損なわれるだけでなく、サルコペニアの進行などもあいまって、誤嚥性肺炎のリスクも高まる。一般に、急性期病院では多職種が勤務しており、検査機器など医療資源も豊富なので、慢性期へ連携することを意識して、口腔機能の向上に努める「チーム医療」の実践が期待される。

看護師によるベッドサイドでの口腔アセスメント、栄養サポートチームや嚥下チームなど多職種によるカンファレンス

気づきのポイント 明らかな器質のおよび機能的な咀嚼・嚥下障害を認める場合だけでなく、「歯や義歯に問題はないか?」、むせなどの症状がなくても「不顕性誤嚥があるのでは?」というように、疑ってみる姿勢が気づきにつながる。

支援のポイント 急性期・慢性期にかかわらず、口腔機能の廃用を少しでも予防できるよう、口腔の清掃やリハビリに努める。急性期と慢性期の施設間における情報交換を密にし、それぞれにおける強みと弱みを補えるように連携する。

Keyword 「廃用予防」「リハビリテーション」「誤嚥」「サルコペニア」「COACH」

本稿では(少々乱暴ではあるが)、がん診療連携拠点病院(以下、「がん拠点病院」と略)や災害拠点病院などに指定されている病院での医療を「急性期」、急性期の病院を退院後に、口腔に関連した何らかの後遺障害がある状況を「慢性期」として筆を進めたい(「慢性期」でも回復期病院や施設、在宅などさまざまな状況がある)。

「がん医療の均てん化」という目標設定があることからわかるように、がん拠点病院クラスでも、同じ医療を受けられるわけではない。ベッド数20以上の病院(19以下は有床の診療所)は全国に9,000弱あり、そのうち歯科を併設するのは約20%である。筆者らの調査では、全国で約400の国指定のがん拠点病院で歯科医師が勤務しているのは約70%であり、病院全体での20%と比較すればはるかに高いものの、歯科を併設していない病院も多いことがわかる。歯科の併設の有無によって、がん治療の支持療法としての口腔管理の質に差を生じることは想像に難くない。

急性期の患者における口腔機能の低下

急性期においては、脳梗塞や心筋梗塞、重度の外傷では救命のための治療が、また、がんなどでは手術や化学療法などによる原疾患の治療が最優先される。したがって、口腔機能管理は後回しにされがちである。

しかしながら、すべての患者で咀嚼や嚥下、発語や味覚などの口腔機能が低下するわ



の症状がなくても「不顕性誤嚥があるのでは？」というように、特に重点的にアセスメントの対象とすべきである。明らかな器質的および機能的な咀嚼・嚥下障害を認めなくても、疑ってみる姿勢が気づきにつながる。

さらに、栄養サポートチームや嚥下チームなど、多職種が参加するカンファレンスでの情報共有の場を活用すべきである。もし「急性期での口腔機能管理が不十分」という状況であれば、退院に向けた調整の時期に、慢性期で挽回できるような施設と連携する、というような配慮が大切である。

急性期と慢性期の連携、という観点では、関係者が一堂に会する地域連携パス利用者会議などでの情報交換もきわめて重要である。

※

急性期・慢性期にかかわらず、口腔機能の廃用を少しでも予防できるよう、口腔の清掃やリハビリに努めることが重要で、サルコペニアについての理解も必要である。急性期と慢性期の施設間における情報交換を密にし、それぞれにおける強みと弱みを補えるように連携できる体制の構築を期待したい。

One-day Advice

嚥下に関連する筋群のサルコペニアの確認には、1)舌の厚さ(舌筋の筋肉量を推測)、2)呈舌の強さ(≒舌圧;舌筋群の筋力)、3)頭部挙上の可否(舌骨上筋群の筋力にも関連)を確認する。

Column

「急性期」と「慢性期」の用語について

歯科医療従事者にとって身近である「急性歯髄炎」と「慢性歯髄炎」を例にすれば、「急性」では痛みなどの症状が強く、抜髄処置などの迅速な治療を要するのに対し、「慢性」では症状がないが軽微で、治療の緊急性は高くない、という「病態」を指す、というのが一般的であろう。

この急性・慢性という「病態」に「期」という「時間」の概念を加味する必要があるが、日数に関して明確な定義はない。

急性期をさらに時間で区分し、超急性期(救命を要する重度外傷、心筋梗塞、脳梗塞の発症直後)や亜急性期(急性期の状態を脱してから慢性期に移行するまでの期間)という用語も使用される。

また、慢性期は急性期のように症候の変化は激しくないが、治療することが困難な状態が長期間にわたって持続し、その中に、がんや神経難病など、病気が治癒する可能性がなく、近い将来(およそ3~6カ月)に死を迎える時期として「ターミナル期(終末期)」を含む場合もある。

一方、リハ領域では、「急性期」、「回復期」、「維持期」という用語がよく使用される。

「急性期」は、通常は発症より2週間から1カ月。「回復期」は、急性期を過ぎた2週目くらいから3カ月間。長くて6カ月間。これは発症から3カ月間くらいは十分なリハ効果があり、その後の改善は少なくなることに基づく。「維持期」は回復期を経た後であり、何らかの後遺障害があり、急性期・回復期でのリハによって獲得された機能や能力が低下することをできる限り防ぐ目的でリハが行われる。

急性期と回復期のリハは主に病院に入院して、維持期は自宅や施設など生活の場でのリハになり、外来リハや訪問リハなどが実践されている。

3 アドバンス・ケア・プランニングと口腔機能の管理

Summary

いくら医療者が頑張っても、患者の寿命を変えることはできない。過剰でも過少でもない医療、そして患者さんがいい人生だったと振り返られる医療やケアを提供したい。そんな考えがアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の基本にある。療養者は、病をもちつつ1日でも長く生き生きと生活できることこそが大切である。終末までの関わりとして、歯科は歯の修復だけの修理屋ではない。食を通じて医療・ケアサービスを家族や医療連携チーム、ケアスタッフとともに、生活を看ることが歯科医療の本丸である。

患者のポイント

長く生きる選択肢をどのようを選ぶのか、質を高くし延命を希望しない生活を選ぶのか、訪問歯科診療の際に早い時期から家族や身近な人と話しあう中で支援方法に気づくことがポイントである。

支援のポイント

ACPに際して栄養をどのような方法で確保していくか、包括的ケアにおける口腔のケアをプランにどのように活かすか、多職種のチーム医療における役割が支援のポイントである。

Keyword 「アドバンス・ケア・プランニング」「意思決定能力」「アドバンステレクティブ」「口腔機能管理」「嚥ろう」

アドバンス・ケア・プランニングとは

アドバンス・ケア・プランニング(advance care planning: ACP)は、病気により意思決定能力が低下した際に、今後の治療の進め方や最期の迎え方などの目標を定めた、ケア全体の取り組みを指している。つまり、意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指しており、患者の価値をはっきりさせ、個々の治療の選択だけでなく、全体的な目標をはっきりさせることを目標にしたケアの取り組み全体である⁴⁶⁾。

医療機関では、ACPに基づいた治療方針(アドバンステレクティブ:事前指示:advance directive)を作成するケースが増えているが、インフォームドコンセントが同意書をとることだけでないように、単にアドバンステレクティブの文書を作成することがACPではない。患者が、治療を受けながら、将来もし自分に意思決定能力がなくなっても、自分が語ったことや、書き残したものから自分の意思を尊重して、医療スタッフや家族が、自分にとって最善の医療を選択してくれるだろうと思えるようなケアを提供することである⁴⁷⁾。

最期をどう迎えたいかなどを残すエンディングノートもこのACPの1つであり、特に終末期医療において近年注目されている。家族や大切な人のことを考え、「自分らしい最期」を迎えたいという人の思いは、超高齢社会の日本において新たな潮流になりつつある。

Q67 口腔アセスメントについて 教えてください

A67

アセスメントは、ケアプランの策定に必須の情報であり、看護師による日常のアセスメントと歯科専門職による専門的アセスメントとの2つがあります。的確なアセスメントに基づくケアを行い、改善/不変/悪化といった“変化”に合わせて、柔軟にケアプランを修正することが重要です。

回答者
長谷川陽子, 岸本裕充

1. 口腔アセスメントのポイント

- オーラルマネジメント (Q85 参照) で成果を得るためには、的確なアセスメントを行ってから、ケアプランを策定することが重要です。
- 看護師は患者さんの口腔に生じた問題を評価し、ベッドサイドで解決できる問題なのか、歯科での専門的アセスメント・治療が必要なのかを判断しなければなりません。
- 一方、歯科での専門的アセスメントには、X線検査や専門の検査機器を要します。環境が整っていないベッドサイドでのアセスメントには限界がありますが、開口器や光源など、口腔のアセスメントに便利なグッズを駆使して、精度を高めるように工夫します。

2. 看護師による日常のアセスメント

- 看護領域での口腔アセスメントとして、EilersらによるOAG (Oral Assessment Guide)¹⁾ や、OAGにおける口腔乾燥に関する評価項目を改訂したROAG (Revised Oral Assessment Guide)²⁾ が有名です。これらは、各項目を1~3点で評価し、合計点に従ってケアプランを立てます。しかし、合計点による評価では、悪化項目と改善項目が相殺され、問題点を見落とす場合があり、注意が必要です。筆者らは、ROAGをベースに開口量や口臭などを加えたCOACH (Clinical Oral Assessment Chart, 表1) を推奨しています³⁾。COACHなどのアセスメント表を用いて、きれいで潤いのある口腔を維持することを目標とします。
- COACHを用いたアセスメントでは、× (問題あり) がある場合はケアの範囲を超え歯科治療を要することが多い

です。また、△ (要注意) 項目でケアによる改善が認められない場合は、歯科専門職による専門的アセスメント・治療の依頼を検討しましょう。

3. 歯科専門職による専門的アセスメント

- 歯科専門職による専門的アセスメントとは、むし歯や顎骨の病変 (残根・根尖病巣・膿胞・埋伏歯など) の評価に必要な歯科用パノラマX線検査 (図1) をはじめとするX線検査や、歯周病の評価に用いられる歯周ポケット検査 (図2) や、視診・触診で充填物・冠・義歯の状態を確認することです。看護師によるベッドサイドでのアセスメントより正確・詳細な病態把握が可能です。
- これら専門的アセスメントの後に、必要であれば患者さんの全身症状に合わせて歯科治療を提供します。手術や化学療法などの治療開始後からでも歯科的な介入は開始可能ですが、治療開始「前」から早期にオーラルマネジメントを開始するほうが、歯科的には対応しやすいです。
- 特に、強い化学療法前や放射線治療前の患者さんに対して、この専門的アセスメントは必須です。例えば、重度の白血球減少が予想されるがん化学療法を予定している患者さんに急性智歯周囲炎 (親知らず周囲の炎症) がある場合などは、致死的な合併症を生じるリスクがあり、歯・口腔の問題からがん化学療法が延期されることもありえます。
- 「口腔環境の整備」は、病院歯科に限らず地域の歯科医院でもできるので、入院治療や手術を予定している患者さんには、事前に歯科治療を受けておくことを勧め、入院中の口腔トラブルを未然に防ぐ努力が必要です (Q85 参照)。

	【○ 問題なし】 現状のケアを継続	【△ 要注意】 改善がなければ専門職へのアセスメントの依頼を検討	【× 問題あり】 治療、専門的介入が必要
開口	ケア時に容易に開口する	開口には応じないが、徒手的に2横指程度開口可	くいしばりや顎関節拘縮のため開口量が1横指以下
口臭	なし	口腔に近づくと口臭を感じる	室内に口臭由来の臭いを感じる
流涎	なし	嚥下反射の低下を疑うが流涎なし	あり (嚥下反射の低下による)
口腔乾燥・唾液	・(グローブをつけた) 手指での粘膜の触診で抵抗なく滑る ・唾液あり	・摩擦抵抗が少し増すが、粘膜にくつきそうにはならない ・唾液が少なく、ネバネバ	・明らかに抵抗が増して、粘膜にくつきそうになる ・唾液が少なく、カラカラ
歯・義歯	・きれいで歯垢・食物残渣なし ・動揺する歯がない	・部分的に歯垢や食物残渣がある ・動揺歯があるがケアの妨げにならない程度	・歯垢や歯石が多量に付着 ・抜けそうな歯がある
舌	・ピンクで潤いがある ・汚染なし	乾燥や発赤など色調の変化あり	
粘膜	適度な糸状乳頭がある	糸状乳頭の延長 (舌苔)、消失 (平滑舌)	・自然出血・潰瘍・カンジダを認める ・気道分泌物・剥離上皮・凝血塊などが目立って強固に付着
歯肉	平滑 (亀裂なし)	亀裂あり、口角炎	
	引き締まっている (スティップリング)	腫脹、ブラッシング時に出血	

(文庫3より引用)

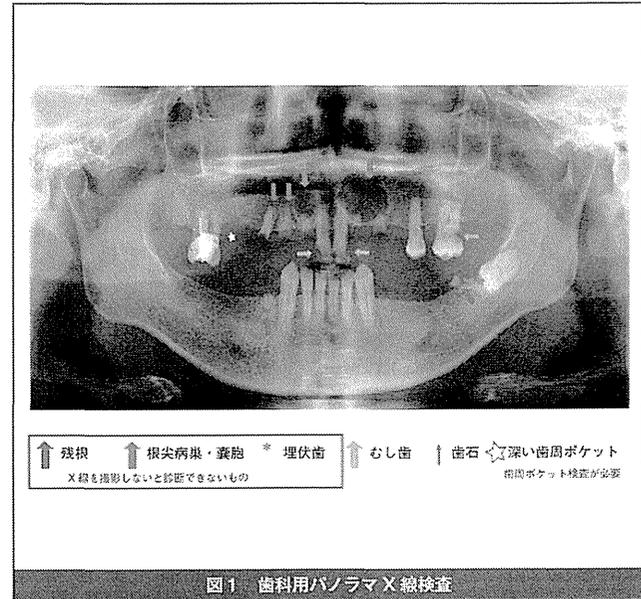


図1 歯科用パノラマX線検査